

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1918

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BRAILOVSKY OLGA

Ancienne externe des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PERCUSSION EN OBSTÉTRIQUE

Président : M. LEJARS, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1918

REVUE DE MÉDECINE BRÉSIL

THESE

1912

MÉDECINE ET MÉDECINE

PAR

BRASILOVSKY OLGA

Thèse présentée pour le diplôme de Docteur en Médecine

DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE ET MÉDECINE

PAR DOCTEUR EN MÉDECINE

BRASILOVSKY OLGA

Thèse présentée pour le diplôme de Docteur en Médecine

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1948

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BRAILOVSKY OLGA

Ancienne externe des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PERCUSSION EN OBSTÉTRIQUE



Président : M. LEJARS, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1948

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie.	MM. NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie.	CH. RICHT
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	N. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale.	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
	WIDAL
Clinique médicale.	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	N.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
	PIERRE DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIDEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

A MA MÈRE ET A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR LION, Médecin des Hôpitaux.

M. le Docteur BENSAUDE, Médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur LEJARS

M. le Professeur DELBET

M. le Professeur GILBERT

M. le Professeur agrégé NETTER

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Externat 1913.

M. le Professeur PINARD

Externat 1913-1914.

M. le Docteur GALLIARD, Médecin des Hôpitaux, externat
1914; fonction d'interne (1914-1915).

M. le Professeur agrégé DEMELIN, Accoucheur des Hôpi-
taux.

M. le Docteur DEVRAIGNE, Accoucheur des Hôpitaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PERCUSSION EN OBSTÉTRIQUE

Nous n'avons pas la prétention dans ce modeste travail de rien innover. Au cours d'un stage prolongé à la Maternité de l'hôpital Lariboisière, dans le service très actif de M. le Dr Demelin, nous avons eu l'occasion de voir pratiquer et de pratiquer de très nombreux examens obstétricaux.

Très souvent il s'agissait de cas difficiles envoyés à l'hôpital par des sages-femmes ou des médecins, en vue de préciser un diagnostic, cas parfois graves, cas parfois supposés graves du fait d'erreurs de diagnostic.

Nous avons pu nous convaincre de la vérité absolue de ce principe obstétrical : nécessité d'une méthode bien définie et rigoureuse pour examiner une femme enceinte ou réputée telle, de façon à ne rien négliger, ni rien oublier qui put permettre un diagnostic exact. Quand un diagnostic obstétrical est difficile à faire, il l'est, en général, pour tout le monde, mais cependant toujours moins pour le clinicien qui fait systématiquement un examen complet. Dans cet ordre d'idées, il nous a paru, à l'instigation de notre maître M. le Dr Devraigne, que l'attention des praticiens n'était pas suffisamment attirée vers les renseignements utiles que peut leur fournir dans tout examen obstétrical, *la per-*

cussion : ou elle peut compléter un diagnostic facile, éclairer un diagnostic difficile, ou éviter même dans certains cas des erreurs grossières de diagnostic, toujours susceptibles d'entraîner, comme corollaire, des erreurs de thérapeutique. Cependant tous les spécialistes la pratiquent, mais à la façon d'un réflexe, de même qu'ils n'oublient pas d'ausculter le cœur de la femme enceinte ; s'ils insistent sur la nécessité de cette auscultation, ils oublient, par contre, souvent de faire ressortir pour le praticien l'utilité de la percussion en obstétrique : aussi le même praticien habitué dans les services de médecine à ne pas faire un examen clinique sans percussion, habitué en chirurgie à faire les diagnostics de pathologie abdominale sans négliger la percussion, dès qu'il arrive dans une Maternité ne pense plus qu'à palper, surtout à toucher, quelquefois à ausculter l'utérus, mais pas le cœur et les poumons de la femme enceinte : trop souvent, pour lui, la percussion n'existe pas en obstétrique.

Nous voudrions essayer en renforçant ce que disent les auteurs, de démontrer que la percussion obstétricale n'est pas aussi négligeable qu'on semble le croire et qu'elle peut être souvent très utile. Elle a de plus l'avantage de ne pas être pour le praticien un procédé d'exploration nouveau, spécial, demandant une longue éducation comme le palper et le toucher, puisqu'elle ne diffère pas de la percussion apprise dans les services de médecine et de chirurgie.

Nous profitons de cette occasion pour exprimer toute notre reconnaissance à M. le Docteur Devraigne, accou-

cheur des hôpitaux, assistant à la Maternité de Lariboisière, qui nous a guidée d'une façon si précieuse dans nos recherches cliniques pour ce modeste travail.

Nos observations dues à l'obligeance de M. Devraigne ont été recueillies à la Maternité de Lariboisière dans le service de M. le Professeur agrégé Demelin, que nous sommes heureuse de remercier ici pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé.



ROLE MODESTE ACCORDÉ PAR LES AUTEURS A LA PERCUSSION EN OBSTÉTRIQUE

Nous avons fait des recherches chez un certain nombre de nos auteurs anciens et n'avons rien trouvé sur la percussion. Ils s'en remettaient surtout pour faire les diagnostics de grossesse au *toucher combiné au palper*; mais il est des cas où cette exploration est difficile. Ce sont, d'après Cazeaux (1), les suivants :

- « 1° Des parois abdominales trop épaisses.
- 2° Une grande tension des muscles abdominaux.
- 3° La distension excessive de la vessie, celle des intestins par des gaz ou des matières fécales.
- 4° Une douleur fixée à la partie inférieure du ventre et qui rend souvent insupportable pour la malade toute pression sur la région hypogastrique.

L'épaisseur trop considérable des parois est la seule de ces difficultés qui soit permanente et rende assez souvent le palper abdominal complètement stérile, car la tension et la sensibilité des parois n'étant que tempo-

(1) Cazeaux. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 1853, pages 145-146.

raires, doivent engager à remettre l'exploration à un moment plus favorable et il sera toujours facile de faire vider à l'avance la vessie et les intestins ». Et Cazeaux (1) complète son chapitre du palper par quelques lignes sur la percussion : « C'est encore à l'exploration abdominale qu'on doit rapporter le signe fourni par la *percussion*, à l'aide de laquelle on obtient un son mat, dans toute l'étendue du ventre occupée par l'utérus développé, au lieu de la sonorité que l'on constate dans les autres points ».

Nous retrouvons dans les *Leçons de clinique obstétricale* de Depaul (2) la même notion très juste : la *percussion* est le complément nécessaire du palper quand celui-ci est particulièrement difficile. « Chez les femmes très grasses, le palper demande une grande habitude et beaucoup d'attention, les sensations ne sont pas nettes, et les parois abdominales se laissent mal déprimer ; de sorte qu'il est assez difficile d'avoir une notion exacte des parties profondément situées ; toutefois il est assez rare que l'obésité soit portée au point de ne pas permettre de toucher l'utérus, au moins lorsqu'il a dépassé l'ombilic. *On peut d'ailleurs trouver dans la percussion un auxiliaire puissant.* Une tension excessive des muscles abdominaux présente des obstacles plus sérieux, et dans quelques cas l'anesthésie seule peut vaincre cette résistance ».

La *percussion*, bien décrite dans le traité de Tarnier

(1) Cazeaux. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 1853, p. 147.

(2) Depaul. *Leçons de clinique obstétricale*, 1872-1876, p. 15.

et Chantreuil (1) avec sa *technique* et ses *indications*, si elle « rend d'assez médiocres services dans le diagnostic de la grossesse », elle est cependant très utile dans tous les cas où le palper est défaillant. « Pour la pratiquer, on place la femme dans le décubitus dorsal et l'on percute soit avec la main, soit avec le plessimètre d'après les règles ordinaires. La seule précaution indispensable à prendre est de faire préalablement vider la vessie. Ce mode d'investigation donne un son mat dans toute la zone où la matrice est appliquée contre la paroi antérieure de l'abdomen ; au delà de cette zone, le son est clair et décèle la présence de l'intestin.

La *percussion* devient surtout utile lorsque le palper abdominal seul ne permet pas de faire le diagnostic. »

Un peu plus haut l'auteur avait dit : « Les résultats du palper sont quelquefois obscurs, lorsque les parois abdominales sont chargées de graisse ou infiltrées ; lorsque la paroi utérine, au lieu d'être souple, est très ferme et s'applique sur l'œuf avec tant de force qu'il est difficile de la déprimer.

Une autre difficulté provient parfois de ce que la matrice se contracte, car alors il est impossible de sentir ou de distinguer les parties fœtales. Il suffira dans ce cas d'attendre que la contraction ait cessé.

Nous mentionnerons encore quelques autres difficultés. La mort de l'enfant en modifiant la résistance des tissus rend le palper moins net.

(1) Tarnier et Chantreuil. *Traité de l'art des accouchements*, 1888. T. I. p. 497.

L'ascite et l'hydropisie de l'amnios s'opposent également à ce qu'on puisse sentir facilement les parties fœtales.

Les tumeurs de toute sorte : fibromes utérins, kystes de l'ovaire, viscères hypertrophiés etc. rendent le palper difficile et peuvent être causes d'erreurs.

Citons encore une particularité qui rendra le palper sinon impossible, du moins douloureux :

Les téguments de l'abdomen chez certaines femmes enceintes sont le siège de névralgies ou d'une hyperesthésie affectant les rameaux cutanés qui émanent des branches collatérales du plexus lombaire. Budin a parfois trouvé une douleur assez vive au niveau des ovaires (*Progrès Médical* 1879) ». Le même auteur dit encore : « nous en avons parfois tiré un parti chez les femmes obèses à ventre volumineux, qui se croient arrivées à une période avancée de grossesse, et chez lesquelles les parois abdominales sont tellement chargées de graisse que le palper est impossible. Dans ces cas, la *percussion* nous a presque toujours permis d'établir un diagnostic négatif, parce que la sonorité était manifeste dans toute l'étendue du ventre ; beaucoup plus rarement, une matité limitée à l'hypogastre nous a fait considérer la grossesse comme possible (1) ».

Par contre Auvard (2) est plutôt sévère pour la percussion qu'il condamne en quelques lignes : « La *percussion* est une variété de palper, mais tandis qu'elle occupe une place si considérable en médecine et en

(1) Tarnier et Chautrenuil. *Traité de l'art des accouchements*, 1888. T. I. p. 481.

(2) Auvard. *Traité pratique d'accouchements*, 1891. p. 148.

chirurgie, son rôle est très effacé en obstétrique. La *percussion*, en effet, servira seulement à renseigner sur la hauteur de l'utérus et sur le contenu d'organes normaux ou pathologiques situés autour ou en avant de l'utérus. Je n'insiste pas davantage sur ces notions secondaires et j'arrive au palper proprement dit ».

Budin et Demelin (1) placent la percussion après la palpation dans les modes d'examen de la femme enceinte. « La *percussion* chez la femme enceinte donne une surface de matité qui correspond à la forme de l'organe utérin et qui se trouve plus ou moins étendue en hauteur et en largeur suivant l'âge de la grossesse ».

Si d'une façon générale MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage placent la percussion après le palper, pour les cas difficiles et pour les praticiens peu experts au palper, ces auteurs conseillent de commencer l'exploration abdominale par la *percussion*. « Avant de procéder au palper, lorsque l'abdomen est assez notablement distendu ou lorsqu'on n'a pas une grande habitude de ce mode d'exploration, il est bon de délimiter l'utérus gravide par la percussion, qui n'est qu'un mode particulier de palper : la sonorité intestinale contraste avec la matité de la tumeur utérine. La plupart du temps le globe utérin est suffisamment saillant pour que d'emblée on l'explore, ainsi que son contenu par le palper (2) ».

Après une condamnation sommaire MM. Dubrisay et

(1) Budin et Demelin. *Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement* 1904, p. 149.

(2) Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'obstétrique* 1911, p. 114.

Jeannin (1) reconnaissent tout de même quelque utilité à la *percussion*. « Ce procédé d'exploration ne donnera en général que bien peu de renseignements. Toutefois il pourra rendre quelques services dans les cas où la palpation est impossible du fait de l'existence d'une paroi abdominale trop épaisse ou rebelle. La percussion met en relief la matité de l'utérus contrastant manifestement avec la sonorité intestinale que l'on perçoit au dessus. La vessie doit être soigneusement vidée : sans cela la matité vésicale pourrait simuler la matité utérine. » Et plus loin, ces auteurs disent (2) :

« La zone de matité utérine s'étend de plus en plus, remontant à terme au voisinage de l'appendice xyphoïde. Elle est entourée d'un fer à cheval de sonorité intestinale ».

Par contre dans le traité de M. Bar, MM. Puech et Lequeux (3) abandonnent sans restriction la percussion.

« La *percussion*, que certains accoucheurs décrivent comme une variété du palper, se pratique pendant la grossesse comme en dehors de cet état. La seule précaution à prendre est de faire au préalable vider la vessie.

Ce mode d'exploration n'a pas grande importance en obstétrique car il ne fournit aucun renseignement spécial relatif à la grossesse. Il permet seulement de percevoir, au niveau de la région occupée par l'utérus, une matité analogue à celle que donne la percussion d'une tumeur liquide ou solide ».

(1) Dubfisay et Jeannin. *Précis d'accouchements*, 1910, p. 48.

(2) Ibidem, p. 54.

(3) Puech et Lequeux in Bar. *La pratique de l'art des accouchements*. T. I, p. 201, 1914.

POURQUOI LA PERCUSSION NE DOIT PAS ÊTRE NÉGLIGÉE DANS LES DIAGNOSTICS OBSTÉTRICAUX.

Que recherche le médecin dans l'examen obstétrical ? D'abord, s'il y a grossesse : il lui faut donc trouver avant tout l'utérus gravide, c'est-à-dire une tumeur (pas dans le sens pathologique du mot) liquide dans l'abdomen qui est l'utérus. Ce n'est que secondairement qu'il se préoccupe du contenu de cette tumeur utérine pour préciser la grossesse unique ou multiple, la présentation et la position du fœtus. Dans certains cas, nous le verrons, le fœtus se dissimule au point de n'être pas perçu par le palper combiné au toucher : le médecin est alors contraint de se contenter du diagnostic de tumeur liquide qui est l'utérus. Si nous ajoutons à ce fait que l'utérus gravide peut s'accompagner de tumeurs fibromateuses, de kystes de l'ovaire, de kystes hydatiques, d'ascite, de péritonite tuberculeuse, pour laisser de côté les raretés, nous croyons tout de suite que l'accoucheur devra souvent, pour éviter des causes d'erreurs regrettables, faire œuvre de médecin et de gynécologue pour établir des diagnostics cliniques complets et précis. Il devra toujours se rappeler le cas

de Budin à qui l'on voulait faire faire un diagnostic par le palper seul parce que, lui disait-on, « les accoucheurs peuvent faire, avec le palper seulement, des diagnostics étonnants (1) ». Il protesta et déclara que « les accoucheurs devaient se servir de tous les procédés d'exploration et qu'il n'en fallait négliger aucun ».

Parfois même, la situation est plus délicate, comme nous le verrons, et en rapportons des observations. La femme semble être enceinte : elle en a de nombreux signes, surtout l'augmentation de volume du ventre dans lequel elle croit sentir remuer ; ou elle peut n'être plus enceinte (fœtus mort depuis longtemps), ou elle peut n'être pas enceinte du tout et avoir un énorme kyste de l'ovaire ou avoir une fausse grossesse par insuffisance glandulaire. Ces cas cliniques ne sont pas des raretés : ils sont toujours d'un diagnostic difficile. Nous empruntons à dessein les lignes suivantes pour confirmer ce que nous venons de dire. « C'est surtout quand la grossesse se complique d'hydramnios, disent MM. Forgue et Massabuau (1), qu'on peut la prendre pour un kyste ovarique. L'erreur est d'autant plus difficile à éviter que la grossesse et le kyste peuvent présenter certains symptômes identiques.

L'aménorrhée, le gonflement des seins accompagné même, dans quelques cas d'un écoulement de colostrum, une fausse sensation de mouvements fœtaux, produite par des borborygmes intestinaux, peuvent

(1) Budin, *Clinique obstétricale*, p. 171, 1889.

(2) Forgue et Massabuau in Le Dentu et Delbet. *Nouveau traité de chirurgie*, XXXIV. Gynécologie 1916.

exister dans les kystes de l'ovaire comme dans la grossesse. Des parties saillantes et solides, d'un kyste peuvent simuler des parties fœtales, notamment dans les kystes dermoïdes; on peut même observer dans certains cysto-épithéliomes une sensation de ballottement en tous points comparable au ballottement fœtal : jusqu'au ramollissement du col qui n'est pas un signe absolu de grossesse, car on a pu l'observer dans certains kystes de l'ovaire. Seuls quelques signes de certitude : l'audition des bruits du cœur fœtal ou la perception indubitable par la palpation de parties fœtales permettront de reconnaître la grossesse. Dans un grand nombre de cas ce diagnostic est demeuré en suspens; l'évolution seule l'a tranché. »

Aussi le praticien fera-t-il bien de percuter systématiquement tous les gros abdomens qu'il aura à examiner : dans les cas embarrassants, auxquels nous faisons allusion, la percussion viendra toujours au secours d'un palper laborieux ou impossible, d'une auscultation négative ou trompeuse de par les causes d'erreur qu'elle peut comporter.

Puisque le diagnostic obstétrical commence par la découverte et la délimitation d'une tumeur liquide, l'utérus gravide, pourquoi ne pas poser en principe que toujours l'examen obstétrical comportera, avant ou après le palper, suivant l'âge de la gestation, la percussion bien faite de tout l'abdomen?

En gynécologie la percussion est un procédé fondamental d'examen. Nous avons souvent assisté aux magistrales leçons d'examens cliniques faites par M. le

Pr Delbet dans son amphithéâtre de Necker et avons été frappée de l'importance qu'il attachait à ce procédé dans l'examen et de tous les renseignements qu'il tirait d'une percussion faite méthodiquement.

Pour bien montrer la valeur de la percussion en gynécologie et en pathologie abdominale, voyons rapidement quelques extraits de maîtres gynécologues. Pour garder l'analogie relative avec l'utérus, tumeur liquide, nous ne nous occuperons ici que du kyste de l'ovaire.

« La percussion au niveau de la tumeur, dit M. le Pr Pozzi (1), donne une matité souvent obscure : il faut percuter légèrement, sans quoi on obtient la sonorité transmise du paquet intestinal ; cette sonorité de voisinage rend même trop souvent illusoire la délimitation exacte du kyste par ce mode d'exploration ». Nous trouvons un peu plus bas chez le même auteur :

« *La percussion* accuse une matité irrégulièrement sphérique, convexe en haut, séparée par une zone claire de la matité hépatique à moins de dimensions excessives de la tumeur qui amènent la confusion des deux matités. Tout autour existe encore la sonorité intestinale. Celle de l'estomac peut être diminuée, mais elle persiste toujours à l'épigastre et sur le bord gauche du thorax. Les changements de position sont sans influence sur la répartition de la matité (2) ». Voici comment s'expriment J.-L. Faure et Siredey dans leur *Traité de gynécologie*, pour démontrer l'importance capitale de la percussion dans le diagnostic du kyste de l'ovaire :

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire*. T.II. p. 961, 1907.

(2) *Ibidem*, p. 962.

« *La percussion*, par l'étude de la matité abdominale, donne des renseignements précieux. Il est, en effet, de règle que le kyste, dès qu'il est volumineux, vienne se mettre au contact de la paroi abdominale, repoussant les intestins dans les flancs. La région occupée par le kyste, région sus-pubienne et ombilicale est donc mate. La sonorité se perçoit dans les flancs, alors que dans l'ascite, au contraire, c'est dans les flancs que siège la matité, la région ombilicale restant sonore et parfois tympanique. De plus, les zones de matité et de sonorité ne changent pas comme dans l'ascite, avec les mouvements de la malade. Ce sont là des caractères distinctifs de la plus haute importance. Mais ils peuvent perdre de leur valeur dans les cas assez fréquents où les kystes ovariens, et en particulier, les kystes végétants s'accompagnent d'un certain degré d'ascite. Il faut songer à ces cas, pour ne pas commettre d'erreur (1) ».

Enfin, à propos du kyste de l'ovaire à développement abdominal, MM. Forgue et Massabau (2) écrivent : « *La percussion* indique de la matité sur toute l'étendue de la tumeur, dont on peut exactement dessiner le contour sur la paroi abdominale; la limite supérieure de cette matité prend la forme d'une ligne courbe à concavité supérieure ».

Nous lisons encore dans le même auteur (3) les lignes suivantes : « C'est principalement dans le cas de tumeur que la *percussion* donne de précieuses indications. Le

(1) Faure et Siredey. *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, p. 909, 1911.

(2) Forgue et Massabau in Le Dentu et Delbet. *Nouveau traité de chirurgie*, XXXIV, Gynécologie, 1911.

(3) Forgue et Massabau in Le Dentu et Delbet. *Nouveau traité de chirurgie*, XXXIV, Gynécologie, p. 10, 1916.

timbre de la sonorité au niveau de la tumeur permet d'apprécier s'il y a ou non de l'intestin au devant d'elle : la sonorité complète ou simplement diminuée légèrement au devant de la tumeur conduit à penser au siège rétro-péritonéal de cette dernière.

L'étude attentive de la ligne de démarcation entre la matité de la tumeur et la sonorité intestinale permet de tracer au crayon sur le ventre de la malade le contour précis de la tumeur et d'apprécier plus exactement que par la palpation sa forme et son volume.

Nous voyons ainsi quelle importance joue la percussion en gynécologie et en obstétrique.

La percussion dans la grossesse normale.

La percussion en obstétrique se fait suivant la façon habituelle avec le médius de la main droite sur le médius de la main gauche posée à plat sur la région explorée, sans brutalité, surtout quand il s'agit d'un abdomen douloureux. S'il n'y a pas de douleurs et si l'on a affaire à une paroi abdominale épaisse, surchargée de graisse, à un utérus particulièrement mou qui se dérobe même à la palpation, on pourra faire une *percussion* un peu plus forte mais toujours sans violence.

Or, si l'on recherche la zone de matité utérine, on délimite en même temps la zone de sonorité intestinale. Il est donc important de savoir ce que fait l'intestin dans la grossesse normale, comment il se comporte par rapport à l'utérus gravide qui se développe dans l'abdomen, où il prend une place importante. On sait que d'or-

dinaire sous l'influence de la gestation, la femme présente de la constipation avec parfois alternatives de diarrhée : il en résulte dès le début, avec un utérus petit, encore pelvien, une certaine distension intestinale et un ballonnement abdominal qui peuvent faire croire à un état de gestation plus avancé qu'il ne l'est en réalité, comme il est facile de s'en rendre compte par la percussion. D'autre part la femme faisant des réserves stercorales non seulement dans son rectum mais aussi dans son colon descendant et son S iliaque, il en résulte que par une percussion douce il est facile de démontrer à une femme qui présente des malaises, de l'inappétence, un peu de céphalée même, un peu de sensibilité abdominale que ces troubles sont dûs à la constipation à laquelle elle peut ne pas croire. On lui fait écouter pendant que l'on percute les zones de sonorité et de submatité ou de matité intestinales (surtout quand l'utérus est encore petit, pelvien) et l'on attire ainsi plus facilement son attention sur l'importance qu'il y a à lutter contre la constipation pendant toute la gestation.

L'utérus en se développant dans l'abdomen est d'abord médian, sous, puis sus-ombilical ; puis vers le terme il s'incline d'ordinaire à droite et tourne de gauche à droite.

Aussi l'intestin s'accommode-t-il comme il le peut dans l'abdomen dont la capacité insuffisante est heureusement compensée par la distension de la paroi abdominale. Il se tasse de plus en plus en haut et dans l'hypochondre et le flanc gauches. Si l'utérus reste médian, l'intestin l'entoure en fer à cheval et l'on peut trouver de chaque côté de lui des bandes sonores ou une ou deux bandes sub-

mates, n'ayant pas alors la même tonalité que la zone mate utérine (Obs. I, II). Si l'utérus s'incline et se développe à gauche, l'intestin se masse en haut et sur la droite. Toutes ces éventualités se diagnostiquent facilement par la percussion qui éclaire et facilite le palper.

Bar (1) a fait étudier par la radioscopie et la radiographie certains de ces déplacements de l'estomac et de l'intestin pendant la gestation. Ils sont intéressants à connaître à tous égards et en particulier pour la percussion. « Au début de la grossesse, la chambre antérieure de l'estomac est, d'après Raulot-Lapointe et Thomas, toujours agrandie à l'examen radiographique et ils attribuent ce phénomène au ptyalisme et à la déglutition de la salive ». L'examen radiographique permet aux auteurs cités d'enregistrer les différentes positions que prend l'estomac aux différents âges de la grossesse.

« A trois mois, la région prépylorique déplacée à droite donne au corps de l'estomac une direction oblique en bas et à droite ; à cinq mois, la grande courbure affleure le fond de l'utérus ; à six mois, l'utérus fait basculer l'estomac et le fait s'incliner en avant et à droite ; à huit mois, la grande courbure est refoulée par l'utérus comme une vessie de caoutchouc demi-pleine, le pylore est rejeté à droite et en arrière ; la grande courbure glisse derrière l'utérus à huit mois et demi. » L'image radiographique de l'intestin change aussi avec l'âge de la grossesse et voici toute une série d'images que nous trouvons un peu plus bas.

(1) Puech et Lequeux (in Bar). *La pratique de l'art des accouchements*. T. I, p. 176-1914.

« Les recherches radiologiques de Raulot-Lapointe et Thomas montrent que, jusque vers cinq mois de grossesse, on n'observe qu'un léger déplissement de l'angle colique droit. A partir de cette époque, le cæcum s'aplatit entre l'utérus et la fosse iliaque (en forme de tête de serpent); puis il se soulève, si bien qu'à huit mois son extrémité inférieure est au-dessus du diamètre bi-crête. Le côlon transverse soulevé par l'utérus est couché sur le fond de cet organe (versant antérieur), derrière la paroi abdominale et un peu en avant de la grande courbure gastrique. Après l'accouchement, il est fortement ptosé, formant une guirlande dont la partie inférieure approche le bord supérieur du pubis. Le rectum, de son côté, comprimé par la partie fœtale à la fin de la grossesse, est gêné dans son fonctionnement » (1).

Les anciens auteurs avaient déjà pensé que l'intestin peut se mettre en partie parfois devant l'utérus, surtout au début. *C'est pour cela que dans certains diagnostics difficiles, l'utérus, se dérochant à une percussion légère et à la palpation, il ne faut pas hésiter à percuter un peu plus fort*, toujours sans brutalité; la matité utérine apparaîtra sous une zone sonore intestinale. Il en est de la percussion comme de tous les procédés d'investigations cliniques : elle comporte *des causes d'erreur* qu'il faut bien connaître pour n'en pas être victime. De rares auteurs les signalent.

 Pour Cazeaux (2) « Dans les quatre ou cinq premiers

(1) Puech et Lequeux. In *Bar La Pratique de l'art des accouchements*. T. I, p. 176.

(2) CAZEAX. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, p. 147-1853.

mois, il faut toutefois se tenir en garde contre la matité que pourrait produire dans toute la région hypogastrique la vessie distendue par une grande quantité d'urine ou une tumeur pathologique considérable. Il faut aussi se rappeler que l'utérus peut s'élever jusqu'auprès de l'ombilic et cependant la percussion donner un son clair dans presque toute la région sous-ombilicale; il suffit pour cela que plusieurs anses intestinales se soient glissées entre la paroi utérine et celle de l'abdomen ».

MM. Dubrisay et Jeannin attirent davantage l'attention sur la vessie (1).

« Ce mode d'exploration, le plus souvent inutile, peut devenir une cause d'erreur. C'est ainsi que la rétention d'urine donnera naissance à une tumeur hypogastrique régulière et ovoïde, mate, qui, par la percussion (parfois même à la palpation), pourra simuler un utérus gravide. On devra songer d'une façon systématique à la possibilité de ce fait, et, en cas de doute, faire précéder l'examen de l'abdomen par le cathétérisme de la vessie. Du reste, il faut bien savoir que cette rétention d'urine coïncide fréquemment avec la grossesse : elle est due alors à une rétroversion de l'utérus gravide, constituant un des meilleurs signes de cette affection ».

Mais les *causes d'erreur pouvant venir de l'intestin et de la vessie* n'intéressent pas seulement la *percussion* dans l'examen obstétrical. Certes, nous désirons voir prendre à la *percussion* en obstétrique une place moins effacée que celle qui lui est attribuée : notre travail s'adresse surtout aux praticiens et non à nos maîtres

(1) Dubrisay et Jeannin. *Précis d'accouchement*, p. 62, 1910.

qui tous se servent de la percussion pour éclairer leurs diagnostics. Mais il est bien entendu que *nous n'exagérons pas non plus le rôle possible de la percussion* et que nous la concevons bien comme faisant partie d'un tout homogène constitué par : l'interrogatoire, l'inspection, la percussion, la palpation, l'auscultation et le toucher. Dans les cas faciles, elle complète le palper au point de vue de la limitation précise du volume de l'utérus ; mais dans tous les cas déjà signalés, où le palper est insuffisant ou impossible, elle prend le pas sur le palper, toujours au même point de vue de détermination du volume utérin. En ce qui concerne le contenu de cet utérus, elle ne peut avoir de valeur que dans les cas d'hydramnios et de physométrie.

Condamner la percussion, parce qu'elle peut être gênée ou devenir une cause d'erreur du fait de l'intestin encombré par les fèces ou du fait de la vessie remontant sous l'ombilic nous semble faire preuve de parti pris. La *percussion ne se pratique pas, en effet, sans la palpation*. Or, tous les auteurs qui comptent à bon droit sur le palper pour faire leurs diagnostics obstétricaux réclament d'abord, pour faciliter le palper, la vacuité des réservoirs intestinal et vésical : cette vacuité, utile dans les cas faciles, est nécessaire dans les cas difficiles. Elle sera donc réalisée, s'il en est besoin, par une purgation et un cathétérisme vésical : la percussion en bénéficiera autant que le palper : les causes d'erreur imputées à la percussion disparaîtront donc du même coup.

Nous allons voir rapidement les principaux cas où la

percussion pourra rendre des services. Il nous suffira d'indiquer ces éventualités cliniques à séméiologie connue pour éviter des longueurs inutiles. Notre but est simplement d'attirer l'attention des praticiens sur les avantages qu'ils peuvent tirer de la percussion dans certains cas déterminés : mais le plus simple serait de la pratiquer systématiquement dans tout examen obstétrical.

Dans le même ordre d'idées, *nous n'avons joint à ce travail que quelques observations résumées ; il nous eût été facile de les allonger et de les multiplier : nous ne l'avons pas fait à dessein.*

Grossesse normale dans les premiers mois.

Il arrive souvent dans la première moitié de la grossesse, nous y avons déjà fait allusion, que sous l'influence de la constipation l'intestin se dilate et l'abdomen se ballonne.

La jeune femme, dès la fin du premier mois, voyant son abdomen grossir se figure que son utérus est en cause et « remonte déjà dans le ventre ». Elle peut ne pas comprendre l'hésitation d'un médecin à poser un diagnostic de grossesse, l'utérus étant encore petit et dans le petit bassin. Il est facile de lui démontrer *par la percussion* que « son gros ventre » est dû à de la constipation et à un intestin un peu météorisé, car partout, entre l'ombilic et la symphyse, on ne trouve que de la sonorité.

Un peu plus tard, à trois ou quatre mois, on doit

délimiter facilement par le toucher combiné au palper le volume utérin. On le fera plus facilement si l'on a soin de percuter et de délimiter la surface de matité utérine.

Rétroversion de l'utérus gravide.

Si l'utérus gravide est en rétroversion, sans complication, la percussion sera utile pour suivre le redressement de l'utérus. Avec une gestation possible de deux mois et demi à trois mois on peut être surpris par la percussion de trouver la zone supra-symphysaire absolument sonore. Il ne faudrait pas aller en déduire qu'il n'y a pas de grossesse. Par le toucher combiné au palper on trouverait l'utérus gravide rétroversé.

Mais à huit jours d'intervalle on peut très bien faire par la *percussion* le diagnostic de réduction de la rétroversion. En effet la zone supra-symphysaire sonore quelques jours avant est mate, la femme a uriné avant l'examen.

On palpe : on a l'impression qu'il s'agit de l'utérus redressé; le toucher combiné au palper confirme le diagnostic.

Il peut arriver que la première fois qu'on voit une femme enceinte, de trois mois, trois mois et demi, souffrant ou non de l'hypogastre on détermine la présence d'une masse remontant à l'ombilic. La première idée qui peut venir est qu'il s'agit d'une grossesse plus avancée que ne le croit la femme ou d'une grossesse gémellaire. Si l'on fait le toucher combiné au palper et si l'on n'est pas très expert, ce diagnostic de grossesse gémellaire pourra prendre corps parce qu'on aura l'impression d'une seule masse volumineuse. On pourra aussi croire à un uté-

rus fibromateux ou à une grossesse avec une tumeur surajoutée. La situation du col derrière la symphyse pourra mettre sur la voie du diagnostic.

De même pour un praticien averti la consistance pourra sembler ne pas être la même dans l'hypogastre et dans le petit bassin. Mais il faut reconnaître, qu'en l'absence de troubles vésicaux, non encore accusés, le diagnostic peut être difficile, surtout pour celui qui n'y pense pas. Si l'on a soin de percuter l'abdomen, le diagnostic s'éclaire singulièrement. Que disent les auteurs ?

« A l'inspection de l'abdomen, disent MM. Dubrisay et Jeannin(1), on croit à l'existence d'une grossesse de sept mois environ, alors que la gestation n'est en réalité qu'au troisième mois.

La palpation révèle la présence d'une tumeur ovoïde régulière, mate et nettement fluctuante; cependant, dans les cas de distension extrême, la fluctuation fait place à la rénitence ». Nous nous permettons respectueusement de faire observer à ces auteurs, dans l'intérêt du but que nous poursuivons, que *la matité et fluctuation* se constatent par *la percussion et non par la palpation*.

« Le plus souvent, disent les mêmes auteurs, ce diagnostic sera facile, si l'on prend systématiquement la précaution de sonder la vessie avant d'explorer les malades. On voit ainsi s'évanouir une tumeur qui aurait pu en imposer soit pour une grossesse peu avancée ou compliquée d'hydramnios, soit pour un kyste ovarique ou un kyste dermoïde » (2).

(1) Dubrisay et Jeannin. *Précis d'accouchement*, p. 271, 1910.

(2) Ibidem, p. 273.

MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage (1) précisent bien que c'est par la percussion qu'on délimite la vessie et son caractère de tumeur fluctuante. « En examinant l'abdomen d'une femme atteinte de rétroversion de l'utérus, on constate généralement la présence d'une tumeur faisant plus ou moins saillie au niveau de la région hypogastrique; cette tumeur est située sur la ligne médiane : elle est fluctuante, *mate à la percussion* et durcit parfois sous la main qui l'explore (Tarnier). C'est la vessie distendue par l'urine; on peut s'en rendre compte par le cathétérisme qui peut d'ailleurs présenter quelques difficultés ».

En effet, l'inspection fait tout de suite penser à une grossesse beaucoup plus avancée (7 mois pour 3 mois, Jeannin). Par la palpation on pense encore à une grossesse de 4 mois à 4 mois et demi au lieu de trois. D'où l'hypothèse de grossesse gémellaire ou de tumeur accompagnant une jeune grossesse. La percussion donne tout de suite des renseignements précis. — L'abdomen est ballonné comme le prouve toute la sonorité constatée au-dessus de l'ombilic. Le soi-disant utérus que l'on trouve remontant à l'ombilic n'est pas rénitent : il est nettement fluctuant : par la percussion complétant le palper, on trouve la même consistance partout et pas de parties fœtales; par le toucher combiné au palper on trouve le col derrière la symphyse, souvent très haut en avant; la masse pelvienne est rénitente, pâteuse. Il suffit alors de penser à sonder la

(1) Ribemont-Dessaignes, Lepage. *Précis d'obstétrique*, p. 724, 1911.

femme et l'élimination de 500 à 800 grammes d'urine ou d'avantage vient confirmer le diagnostic.

Percute-t-on alors de nouveau la zone sous-ombilicale, mate et fluctuante il y a un moment, on n'y trouve plus que de la sonorité intestinale.

Môle hydatiforme.

Dans la môle hydatiforme, où l'utérus est presque toujours plus gros qu'il ne doit l'être par rapport aux dernières règles et plus mou qu'un utérus gravide normal, la percussion peut ne pas être inutile pour le délimiter. — « Quand on examine une femme atteinte de môle hydatiforme, dit M. Brindeau (1), ce qui frappe d'abord, c'est l'exagération de volume du ventre qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse. Il n'est pas rare qu'au deuxième ou troisième mois la femme paraisse être enceinte de six à sept mois. Le plus souvent l'accroissement de volume se fait rapidement et l'on peut s'en rendre compte, en mesurant la hauteur de l'utérus. A la palpation, l'utérus a changé de consistance. Il est *mou*, dépressible, semi-fluctuant. Nous aurions pu ajouter à ce travail deux observations de môle hydatiforme suivies dans le service du Dr Demeulin, dont le diagnostic avait été fait à l'avance. M. Devraigne, frappé de l'état général des femmes, avait suivi de très près les modifications de volume et de consistance de l'utérus par la percussion, la palpation et l'auscultation qui était négative; les deux fois le diagnostic fut vérifié exact.

1. Brindeau in Bar, *La pratique de l'Art des accouchements*, T. II, p. 501-1914.

Grossesse gémellaire.

Dans la grossesse gémellaire il y a un développement excessif du ventre dont le volume n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse, surtout sensible dans les derniers temps de la gestation ; mais, il peut cependant devenir très apparent dès les premiers mois notamment lorsqu'il se produit un hydramnios précoce (Maygrier et Demelin). L'utérus est en tension permanente et se délimite donc assez bien par le palper. La *percussion* ordinaire ne sera pas inutile pour confirmer le volume de l'utérus.

Mais il peut y avoir hydramnios d'un des œufs. Il est intéressant alors de constater la fluctuation dans cet œuf. C'est par la *percussion*, telle qu'on la fait pour les kystes de l'ovaire pour chercher la sensation de flot qu'on peut établir ce diagnostic.

Là encore la percussion est un complément nécessaire et utile du palper.

Hydramnios.

Ce que nous venons de dire pour la grossesse gémellaire est encore plus vrai pour l'hydramnios, dans laquelle il y a aussi surdistension et tension permanente de l'utérus, d'où il résulte une exploration difficile par le palper. Le fœtus est souvent petit et perdu dans la masse liquide. Il faut donc d'abord délimiter l'utérus par le palper et la percussion ; puis il faut tâcher de se rendre compte de ce qui est à l'intérieur. Or, l'impor-

tant en pareil cas c'est de poser nettement le diagnostic d'hydramnios, l'enfant (souvent un monstre) ou les deux enfants (gémellaire univitelline) ne comptant pas (1).

« Quand il y a suffisante production de liquide pour que l'utérus forme une poche distendue, on peut obtenir de la fluctuation; mais cette fluctuation doit se rechercher en appliquant une main à plat sur l'abdomen pendant que l'on donne un choc brusque avec un doigt de l'autre main : c'est ce qu'on appelle la sensation de flot ».

Mais n'est-ce pas là aussi faire de la *percussion*? Nous préciserons même la manœuvre en disant que la main à plat se met d'un côté de l'utérus, pendant qu'un aide applique le bord cubital d'une main sur la ligne blanche pour couper les ondes musculaires; avec son autre main le médecin qui recherche le flot donne une chiquenaude sur l'autre côté de l'utérus.

L'importance de la percussion dans le diagnostic est signalée par MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage (2).

« Lorsqu'on examine la femme pour la première fois, les signes de certitude de la grossesse n'existent pas encore ou ne sont plus perceptibles, masqués par l'abondance du liquide amniotique. Il est certaines causes d'erreur qu'un clinicien évite facilement : par exemple, la percussion bien faite empêche de confondre l'ascite avec l'hydramnios ».

Par contre, il est des cas où le diagnostic est vraiment difficile, comme dans notre observation V :

(1) Brindeau in Bar, *La pratique de l'art des accouchements*, T. II, p. 525 1914.

(2) Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'obstétrique*, p. 810, 1911.

Une jeune fille entra à l'hôpital Lariboisière avec le diagnostic d'hydramnios; la grossesse était si vraisemblable chez elle que son père l'avait chassée de chez lui : M. Devraigne dut lui faire un certificat, un peu plus tard, quand il lui eut enlevé un kyste de l'ovaire de quinze kgs, en constatant qu'elle n'était nullement enceinte, pour lui permettre de rentrer au domicile paternel. C'est par une percussion et une palpation méthodiques faites chaque jour et confirmées par une auscultation toujours négative que l'on arriva à éliminer le diagnostic d'hydramnios à marche rapide, car la tumeur n'avait pas la tension permanente ni les contractions intermittentes. L'état général de la malade s'aggravant, en l'absence de signes fœtaux, la tumeur augmentant rapidement de volume, on porte alors le diagnostic de kyste de l'ovaire dont on décide l'ablation.

Parfois à la seule inspection (obs. III) on est frappé du volume énorme de l'abdomen et l'on pense à *priori* à de l'hydramnios. Pour peu que la femme soit très grasse ou que l'utérus soit très mou, le palper est difficile. La percussion permet rapidement dans ces cas de faire la part du météorisme intestinal et de la matité utérine.

Il en est de même dans *l'hydramnios à marche rapide*, l'hydramnios aigu où l'utérus augmente brutalement de volume en quelques jours : la femme présente de la dyspnée, un mauvais état général; la palpation de l'abdomen surdistendu et douloureux n'est pas facile; la percussion permet de suivre facilement la marche ascendante de la matité utérine et éclaire le diagnostic,

permettant d'éliminer tout de suite l'hypothèse encore plus alarmante d'une péritonite généralisée.

Grossesse avec ascite.

« L'ascite peut coexister avec la grossesse : mais dans l'ascite l'abdomen est plus aplati : la matité et la sonorité se déplacent suivant les positions de la malade ; enfin quand on déprime une couche placée au devant de l'utérus, on obtient une sensation de choc caractéristique. » (1)

Nous n'insistons pas davantage sur la séméiologie bien connue de l'ascite, mais il est admis par tous que dans le cas de grossesse avec ascite, comme dans le cas d'ascite sans grossesse, le diagnostic positif se fait surtout par la percussion.

Rétention de fœtus mort.

Quand le fœtus est mort depuis un certain temps, tous les auteurs confirment la difficulté de faire un diagnostic précis par le palper à cause de la mollesse de l'utérus. « Les signes de la grossesse deviennent obscurs ; l'utérus forme une tumeur mollasse, pâteuse, difficile à délimiter. » Chez une femme qui se croit à terme, l'abdomen peut être à peine volumineux comme chez une femme enceinte de cinq mois (2). La palpation

(1) Brindeau. — In Bar. *La Pratique de l'art des accouchements*. T. II, p. 526.

(2) Ribemont-Dessaigne et Le page. — *Précis d'obstétrique*, p. 827, 1911.

ne donne que des sensations vagues : l'utérus est inconsistent. On y sent mal les parties fœtales » (1).

« L'organe devient extrêmement mou, tellement mou qu'il n'est plus perceptible par le palper. » (2)

Certes, quand parfois l'utérus est au contraire anormalement dur, le palper reprend ses droits. Mais dans les cas les plus fréquents, où l'utérus est très mou, au point que le diagnostic de grossesse peut-être nié, comme dans le cas célèbre rapporté par M. le Professeur Pinard dans son Traité du palper, où le Professeur Tarnier n'admet point qu'il y eut un utérus développé, c'est par la percussion qu'on délimite le mieux la matité utérine. M. le Professeur Pinard s'en servit dans l'observation en question. « En la palpant, je constate que sa paroi abdominale est peu épaisse, mais je ne puis tout d'abord déterminer l'utérus. La percussion me fait percevoir de la matité dans la région hypogastrique, depuis la symphyse jusqu'à plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic ». (3).

Puisqu'il le palper en pareil cas est insuffisant, pourquoi ne pas pratiquer systématiquement la percussion qui, en l'absence de contractions, facilitera le diagnostic?

Par contre, quand il y a *putréfaction fœtale* avec *physométrie*, les auteurs rendent justice à la percussion qui, seule en effet, permet très simplement d'affirmer le

(1) Dubrisay et Jeannin. — *Précis d'accouchement*, p. 366, 1910.

(2) Brindeau. — In Bar. *La Pratique de l'art des accouchements*. T. II, p. 642, 1914.

(3) Pinard. — *Traité du Palper abdominal*, p. 130, 1889.

diagnostic. Nous n'insistons pas et nous contentons de rapporter les citations suivantes :

« Chez une femme en travail, dont le fœtus est putréfié, on constate de la fièvre, des écoulements fétides sortant du vagin, un ventre très volumineux, de la sonorité à la *percussion* de l'utérus (physométrie). Le palper du fœtus est souvent impossible, l'auscultation est négative » (1).

« Le ventre est volumineux, très douloureux, tendu d'une façon permanente, s'opposant à une palpation fructueuse; l'utérus contient des gaz qui s'accumulent dans sa partie supérieure et rendent à la percussion de cette région une sonorité tympanique; ces gaz peuvent même se répandre dans l'épaisseur des parois utérines et jusque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, occasionnant un emphysème putride qui crépite sous la main exploratrice » (2).

« Les signes de la putréfaction fœtale sont, en général, caractéristiques. C'est d'abord l'inertie utérine, qui provient d'une véritable paralysie toxique du muscle, puis l'augmentation de volume de la matrice par distension gazeuse. L'utérus ballonné devient sonore à la percussion » (3).

(1) Budin et Demelin. — *Manuel d'accouchements et d'allaitement*, p. 698, 1904.

(2) Fruhinholz. — *Pratique médico-chirurgicale*, T. III, p. 83, 1907.

(3) Brindeau in Bar. — *La pratique de l'art des accouchements*, T. II, p. 642, 1914.

Rupture utérine.

Dans la rupture utérine, l'abdomen est rapidement ballonné et ne facilite pas le palper qui est très douloureux. Mais laissons de côté les signes qu'il peut donner et qui seront confirmés par le toucher. Là encore la percussion faite doucement pourra donner des renseignements importants.

« On peut également sentir de la fluctuation et Farnier et Jolly (1) ont insisté sur la présence d'une tumeur liquide, ovoïde et médiane pouvant faire penser à une rétention d'urine.

Cette poche liquide est formée par un thrombus sous-péritonéal. En percutant dans les fosses iliaques, on trouve parfois une matité qui indique la présence d'un épanchement à ce niveau ».

Surveillance de l'intestin dans les suites de couches.

L'intestin dans les suites de couches peut être le siège de manifestations diverses susceptibles d'entraîner de graves erreurs de diagnostic et de thérapeutique. Demelin les décrit ainsi (2) :

« Nous tenons seulement à rappeler les accidents exclusivement intestinaux qui apparaissent pendant les suites de couches et qui revêtent des allures diverses :

(1) Brindeau in Bar. *La Pratique de l'art des accouchements*. T. II, p. 680 1914.

(2) Demelin. *Revue et mémoires d'obstétrique*, p. 216-1900.

tantôt c'est de la constipation simple avec céphalalgie, fièvre légère, tension du ventre et l'élévation en masse de l'utérus qui paraît plus gros qu'il ne l'est en réalité, et qui peut être de ce chef considéré à tort comme infecté. D'autres fois, la situation est plus alarmante : la fièvre est élevée, la langue saburrale, l'haleine fétide, le ventre météorisé, douloureux, le cæcum ou l'S iliaque sont empâtés ; le nez est pincé, le faciès grippé, mais il n'y a ni nausées, ni vomissements, et l'évacuation de l'intestin fait tout rentrer dans l'ordre.

Pour Macé et Chirié (1) « on peut constater du tympanisme, l'obstruction intestinale, l'étranglement interne par brides, la typhlite, la pérityphlite, l'appendicite. La plus fréquente est la constipation simple qui peut s'accompagner de céphalalgie et même de fièvre légère avec tension du ventre, élévation en masse de l'utérus qui peut paraître plus gros qu'il ne l'est en réalité.

A un degré plus marqué, les accidents peuvent revêtir la forme fébrile ou la forme de l'occlusion. Avec la forme febrile, on peut observer un syndrome grave, fièvre élevée, langue saburrale, haleine fétide, ventre météorisé, douloureux, cæcum ou S iliaque empâté ; le nez est pincé, le faciès grippé, mais il n'y a pas de nausées, pas de vomissements, et l'évacuation de l'intestin fait tout rentrer dans l'ordre (Budin, Demelin) ; on a pu, dans quelques cas, observer des hémorragies intestinales, même abondantes (Demelin), et cela en dehors de la fièvre typhoïde.

(1) Macé et Chirié in Bar, *La Pratique de l'art des accouchements*, T. I. p. 548 194.

Enfin, on a rencontré la péritonite colibacillaire, causée par propagation d'une infection, localisée d'abord à l'intestin (Demelin), ou par perforation au cours d'entéro-colite ulcéreuse (Hergott) ».

Dans tous ces cas, la percussion sera un auxiliaire puissant pour le praticien; il se rendra compte par le toucher combiné au palper et par l'examen des lochies que ce n'est pas l'utérus qui est en cause et par la percussion il suivra de très près les réactions intestinales.

Grossesses dissimulées.

Il peut arriver que des femmes, et surtout des jeunes filles, cherchent à dissimuler une grossesse. Nous laissons de côté les grossesses ignorées, où la bonne foi de la femme n'est pas douteuse. Dans ces cas, le médecin peut et doit faire facilement son diagnostic, par les moyens habituels, percussion comprise bien entendu : la femme se laisse facilement examiner. Cependant, dans le cas classique de Tarnier rapporté par Thoinot (1), « un médecin de voisinage expliqua doctement au mari et à la femme que les douleurs avaient pour cause la flatulence et l'inflammation, explications qui les satisfirent tous les deux ». Tarnier fit quelques heures après son arrivée auprès de la malade, à la grande joie et à la grande surprise du couple, l'extraction d'un enfant à terme.

Dans le cas que nous rapportons (V. observ. VII), il

(1) Thoinot in Bar. *La pratique de l'art des accouchements*, T. II, p. 993, 1914.

s'agit d'une jeune fille ayant dissimulé sa gestation et voulant la tenir cachée jusqu'au bout. En plein travail, elle trompa « le médecin de voisinage » en jouant l'embarras gastrique. Celui-ci, gêné dans ses explorations parce qu'il avait affaire à une jeune fille de bonne famille, n'insista pas du côté de l'utérus. Mais tout examen de l'abdomen dut être bien sommaire toujours pour la même raison, sans doute; car en regardant le ventre, il aurait pu voir une contraction et palper l'utérus à ce moment. Il est vrai que la jeune fille pour le tromper insistait sur les douleurs du ventre, auquel on ne pouvait pas toucher. Par une simple percussion faite sur tout l'abdomen, percussion que ce praticien aurait dû faire, il délimitait la zone de matité utérine, avait l'attention attirée de ce côté et évitait une grossière erreur de diagnostic.

En *médecine légale*, le médecin ne saura être trop prudent dans ses diagnostics et plus que jamais ne devra pas négliger le mode d'exploration facile représenté par la percussion. Thoinot (1) attire bien l'attention des praticiens sur ces cas difficiles :

« Le diagnostic de la grossesse, qui se pose souvent en médecine légale, présente beaucoup plus de difficultés qu'en pratique obstétricale. Dans la pratique obstétricale, en effet, la femme se fait l'aide du médecin. Dans la pratique médico-légale, au contraire, elle est trop souvent son adversaire. Elle lui cache tout ce qui pourrait lui être utile pour former son opinion ;

(1) Thoinot in Bar. — *La Pratique de l'Art des Accouchements*. T. II, p. 995, 1914.

elle essaie même de le tromper par des réponses mensongères. Les erreurs sont fréquentes, mais quoique plus excusables que dans la pratique civile, en raison des difficultés rencontrées, ces erreurs ont des conséquences plur graves à la fois pour la femme et pour le médecin.

Fausse grossesses.

Si le diagnostic de gestation au début peut-être embarrassant un moment, le diagnostic de fausse grossesse est souvent difficile pendant des mois (voir obs. VIII-XII). Tous les signes de la grossesse, une certaine augmentation de volume de l'utérus comprise, sont réunis, il ne manque que l'enfant, la femme, une nerveuse, jeune ou d'un certain âge (nullipares âgées de Pajot, affolées de maternité) veut absolument être enceinte : le médecin peut donc très facilement faire une erreur de diagnostic. La réputation du médecin ne sortira pas indemne s'il persiste dans son erreur jusqu'au travail. Ces cas sont le triomphe de la percussion.

C'est par elle que le diagnostic fut fait après plusieurs examens dans notre observation. C'est par elle qu'il fut fait dans les cas suivants rapportés par Budin (1).

Le tympanisme peut faire croire à une grossesse qui « n'existe pas ». Edis en a rapporté un exemple.

Une femme de quarante-cinq ans, mariée depuis deux

(1) Budin. *Femmes en couches et nouveau-nés*, p. 39 1897.

années, se croit enceinte parce que ses règles sont supprimées et que son ventre grossit; de temps en temps, cependant, de petits écoulements surviennent, mais comme elle sent remuer, elle prévient un médecin et lui demande de l'assister au moment voulu.

Des douleurs apparaissent; le médecin l'examine et dit que l'accouchement ne se fera pas immédiatement; il reste néanmoins près d'elle de 10 heures du soir à 7 heures du matin. Il revient dans la journée, mais les douleurs étant irrégulières, il pense que le travail est arrêté et il demande à être prévenu lorsqu'elles reparaitraient. Plusieurs jours s'étant écoulés, on appela Edis; il constata un tympanisme considérable, mais il ne trouva aucun signe de grossesse; l'utérus mobile avait un volume normal; son col était absolument fermé. Il conseilla un lavement à la térébenthine qui détermina l'expulsion d'une quantité considérable de matières fécales ».

« Une dame de trente huit ans se croyait enceinte, et le développement de son ventre ne laissait aucun doute sur l'existence d'une grossesse; du reste, elle aussi sentait remuer. Comme l'accouchement tardait à se faire, je fus appelé pour l'examiner. Il n'y avait en réalité aucun signe de certitude de grossesse; son utérus était petit; la palpation et la percussion faisaient reconnaître un météorisme abdominal, cause de l'illusion dont cette femme était le jouet » (1).

La percussion, nous le répétons à dessein, dans les

(1) Budin. *Femmes en couches et nouveau-nés*, p. 39, 1897.

cas de fausses grossesses dites grossesses nerveuses, sera le meilleur procédé d'exploration pour mettre le médecin sur la voie de diagnostic. Comme toujours, bien entendu, elle n'exclura pas le palper, le toucher, ni l'auscultation.

Observation I

Diagnostic de grossesse de 4 mois facilitée par la percussion.

Mme B..., âgée de 34 ans, 1^{re} pare est amenée à la Maternité de Lariboisière le 10 octobre 1917 parce qu'elle éprouve des douleurs dans la région sacro-lombaire qu'elle prend pour une menace de fausse-couche.

Réglée assez régulièrement, elle a eu ses dernières règles du 20 au 24 mai.

La femme se croit enceinte de 4 mois environ. L'abdomen paraît volumineux, ballonné. La hauteur utérine est de 22 centimètres. Au palper, on sent une masse assez régulière qui remonte jusqu'aux bords des fausses côtes. Au toucher, le col est fermé, non ramolli. Le ballottement abdomino-vaginal est très net.

La percussion donne une matité allant à 22 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Cette matité qui correspond à l'utérus gravide est entourée d'une zone de sonorité due à la distension de l'intestin par les gaz.

Le col de l'utérus n'étant pas ramolli, on pourrait hésiter à porter le diagnostic de grossesse, mais la régularité de l'utérus et l'augmentation de ses dimensions constatées par la percussion ne laisseront le cas échéant aucun doute.

Observation II

Diagnostic de grossesse de 3 mois chez une femme qui se croyait à terme.

Mme D..., âgée de 32 ans, I pare vient à la consultation de la Maternité le 13 octobre 1917 parce qu'elle perd de l'eau et du sang depuis 15 jours.

D'habitude bien réglée, elle a eu ses dernières règles du 25 au 31 décembre 1916. La nommée D..., dit que son ventre avait grossi; elle prétend avoir senti remuer vers le 18 mai 1917, au moment où sa grossesse aurait été de 4 mois et demi.

A l'inspection, l'abdomen est augmenté de volume, distendu. La palpation est gênée par l'épaisseur de la paroi abdominale. Néanmoins, on trouve un utérus légèrement augmenté, de consistance molle. Cette augmentation de l'utérus est en disproportion avec l'âge de la grossesse (la femme serait enceinte de 9 mois). Au toucher combiné au palper il n'existe pas de ballottement abdomino-vaginal.

La percussion de l'abdomen donne une légère submatité supra-symphysaire sur la ligne médiane. Les dimensions de l'utérus ne dépassent pas celles d'un utérus normal. A l'auscultation les bruits du cœur fœtal sont nuls.

Ainsi il a été possible grâce à la percussion d'éviter l'erreur de diagnostic car seule la percussion permettait d'écarter le diagnostic, de la grossesse à terme qui sans cela s'imposait par suite de la constatation de l'absence des règles et de l'augmentation de l'abdomen.

Observation III.

Jeune grossesse chez une grande multipare obèse; ballonnement abdominal simulant l'hydramnios à l'inspection.

Mme S..., âgée de 40 ans, est enceinte pour la quatorzième fois. Le père serait le même que pour les accouchements pré-

cédents. Actuellement, il lui reste 6 enfants vivants. Ses grossesses antérieures ont nécessité de différentes interventions obstétricales :

Applications de forceps au 1^{er} accouchement. Basiotripsie au 3^e accouchement. 4^e Accouchement provoqué à huit mois, 13^e provoqué à terme.

Les autres grossesses se sont terminées par des accouchements normaux à terme.

Grossesse actuelle. — Examen du 10 juin 1918. La femme a eu ses dernières règles le 20 octobre 1917. Elle a eu de l'hydro-hématorrhée pendant le mois de décembre. Circonférence de l'abdomen à l'ombilic est de 120 centimètres. Il s'agit d'une femme dont la paroi abdominale est épaisse.

A l'inspection on constate que l'abdomen distendu forme une masse remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde.

A la palpation on trouve à l'utérus une consistance molle. Il est impossible de délimiter l'utérus par le palper seul en dehors de toute contraction utérine.

Au contraire, la *percussion* donne une matité sus-ombilicale s'arrêtant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Latéralement : a) *du côté gauche* : il existe une matité allant à trois travers de doigts à 6 centimètres de la ligne blanche, b) *à droite*. La matité utérine s'étend jusqu'à 18 centimètres de l'ombilic. En haut du même côté la matité utérine dépasse l'ombilic de 8 centimètres. Dans la fosse iliaque droite on trouve en dehors de la matité utérine une submatité intestinale. Partout dans le reste de l'abdomen autour de la matité utérine imitée par la percussion on trouve de la sonorité intestinale.

Lorsqu'on cherche à délimiter les parties fœtales on distingue une petite tête en bas ; le dos est à gauche. A l'auscultation on entend les bruits du cœur fœtal.

Par le palper combiné au toucher on provoque par hasard une contraction utérine indolore qui permet de délimiter très

nettement l'utérus et confirme entièrement les renseignements fournis par la percussion.

Il n'y a pas d'excès de liquide. C'est un petit utérus en dépit du volume impressionnant de l'abdomen.

Observation IV.

Léger excès de liquide amniotique.

Mme M. . . , âgée de 19 ans, II^e pare, vient à la consultation de la Maternité de l'hôpital Lariboisière le 16 octobre 1917. Le premier accouchement fut normal, à terme.

D'habitude bien réglée, elle a eu ses dernières règles le 4 août 1917. A l'examen de la femme, l'abdomen ne paraît pas être augmenté de volume. Par la palpation on délimite le fond de l'utérus à 6 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Ce renseignement est confirmé par la *percussion* qui donne une matité utérine remontant à 6 centimètres de la symphyse.

Par le toucher combiné au palper on constate que le col est ramolli et l'utérus est augmenté de volume.

Le diagnostic de grossesse de deux mois environ est porté.

La femme revient à la consultation le 23 février 1918. Sa grossesse est de six mois et demi environ. Le ventre paraît très volumineux, en disproportion avec l'âge de la grossesse.

La paroi abdominale est tendue et laisse percevoir la sensation de flot à la *percussion*.

Par la palpation M. Devraigne sent nettement la tête du fœtus de volume normal mais très mobile. S'agit-il d'un excès de liquide amniotique?

La palpation est complétée par la *percussion* qui permet de constater une matité utérine allant à 31 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

La femme est réexaminée le 20 mars 1918. La grossesse est de sept mois et demi. L'abdomen paraît moins volumineux qu'à l'examen précédent. La tension abdominale a notable-

ment diminué. La matité utérine constatée par la *percussion* n'est que de 27 centimètres de hauteur, c'est-à-dire de 4 centimètres inférieure à celle constatée un mois auparavant. La présentation céphalique est en O. I. G. A. La tête fœtale est mobile. Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus. Le léger excès de liquide constaté par la et la palpation à l'examen précédent semble avoir disparu.

La *percussion* rend ainsi un grand service dans l'hydramnios car elle permet de constater l'augmentation ou la diminution du liquide amniotique.

Observation V

Kyste de l'ovaire sans grossesse pris pour de l'hydramnios.

Mlle V., âgée de 26 ans, entrée le 24 novembre 1917 au dortoir. Elle ne présente aucun antécédent pathologique. Réglée à 13 ans, depuis, ses règles étaient irrégulières.

Au mois de novembre, ressentant une vive douleur dans le côté droit, elle fait appeler un médecin qui porte le diagnostic d'une grossesse de 7 mois. Elle a toujours été très irrégulièrement réglée et dit n'avoir surtout grossi que depuis le mois de novembre.

Le 24 novembre elle vient consulter à la Maternité de Lariboisière où elle est admise au dortoir.

On croit d'abord également à une grossesse de 7 mois environ. La masse mate, délimitée par la percussion et la palpation et qui semble être l'utérus, remonte à 30 centimètres au-dessus de la symphyse. Par le palper on ne perçoit pas de signes fœtaux et cependant on a l'impression par l'auscultation d'entendre des bruits du cœur fœtal.

Le palper est très difficile à cause de la tension permanente de la tumeur. On porte d'abord le diagnostic d'hydramnios avec un petit fœtus probablement monstrueux. La femme qui est une jeune fille ne nie nullement l'hypothèse d'une grossesse. Elle est examinée par la percussion, la palpation et

l'auscultation tous les jours. Absence complète de signes fœtaux. S'agit-il d'un enfant mort au milieu d'un œuf hydramniotique.

Le 1^{er} janvier. Toujours pas de signes fœtaux. La masse abdominale qui avait été d'abord prise pour l'utérus et qui suivant l'hypothèse précédente aurait dû se ramollir et diminuer de volume ne fait qu'augmenter puisque son fond remonte à 38 centimètres. Elle est nettement fluctuante à la percussion. L'abdomen est énorme. On constate à sa partie supérieure par la percussion une masse intestinale dilatée et sonore. On pense alors à l'absence de grossesse et à la possibilité d'un kyste de l'ovaire.

Le 11 janvier. — La tumeur augmente encore de volume. Il n'y a certainement pas de signes fœtaux. L'état général de la femme semble s'aggraver, elle pâlit et maigrit ce qui fait encore ressortir son abdomen surdistendu. Le diagnostic positif de kyste de l'ovaire sans grossesse est porté.

Le 16 janvier. La laparotomie sus et sous-ombilicale par M. Devraigne. On sent quelques adhérences sous-ombilicales au péritoine pariétal; on les dilacère facilement et on enlève sans difficulté un kyste volumineux déprimant le creux épigastrique kyste constitué par une poche liquide pesant 15 kgs formée aux dépens de l'ovaire droit.

La femme part en bon état trois semaines après, non sans avoir réclamé un certificat constatant qu'elle n'était pas enceinte, son père l'ayant chassée de chez lui.

Observation VI.

Myomectomie au début de la grossesse. Abdomen simulant l'hydramnios à 7 mois et demi.

Mme J..., âgée de 39 ans, 1^{re} pare, vient consulter le 11 novembre 1917 à la Maternité de l'hôpital Lariboisière.

Toujours bien réglée, elle a eu ses dernières règles du 7 au

10 octobre 1917. *A la percussion* on constate une zone de matité supra-symphysaire remontant à trois travers de doigts de l'ombilic développée surtout à droite. Par le palper, puis par le palper et le toucher combinés on constate qu'il s'agit d'un utérus fibromateux avec une fluxion mollasse, pâteuse en bas et à gauche, alors que la corne droite très volumineuse est manifestement plus dure.

On croit à la possibilité d'une grossesse au début avec un fibrome.

Le 25 décembre par la palpation complétée par la *percussion* on constate que la grossesse continue mais que le fibrome s'est développé considérablement. En effet, l'utérus déborde l'ombilic de trois travers de doigts, surtout au milieu et à droite, tandis que la grossesse n'est que de 2 mois environ. La masse fibromateuse, bien circonscrite par le palper et la *percussion*, est plus dure que la moitié inférieure et gauche et paraît plus molle; par le toucher combiné au palper on constate qu'il s'agit d'une masse unique et d'un énorme fibrome sessile.

La femme est fatiguée, son état général n'est pas très brillant.

Le 2 janvier 1918 la nommée J..., entre à la Maternité de Lariboisière sur le conseil de M. Devraigne pour subir une myomectomie.

Opération le 8 janvier par M. Devraigne. Il s'agit en effet d'un utérus gravide de 2 mois et demi surplombé en haut et à droite par un énorme fibrome sessile que l'on enlève facilement et pesant cinq livres. Il est implanté par une large base sur la paroi utérine du fond et de la corne droite.

Contre toute attente dans les jours suivants l'utérus n'entre pas en travail. Pas d'incidents dans les suites opératoires. La femme quitte la Maternité de Lariboisière le 30 janvier en bon état.

Elle revient à la consultation le 16 février 1918, enceinte de près de 4 mois.

L'abdomen est augmenté de volume. Par la palpation on sent le fond de l'utérus à 15 centimètres de la symphyse pubienne. Le même renseignement est fourni par la *percussion* qui donne une matité utérine remontant à 15 centimètres au-dessus de la symphyse. Au toucher combiné au palper le col est mou, l'utérus notablement augmenté de volume. Etat général excellent.

Examen du 9 mars : On constate que la gestation continue normalement. L'utérus paraît régulier et ses dimensions semblent être en rapport avec l'âge de la grossesse. La femme commence à percevoir les mouvements du fœtus.

Le 25 mai 1918 : La grossesse est de 6 mois et demi environ. La hauteur de l'utérus est de 29 centimètres. La matité utérine remonte à 29 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Cette matité est entourée d'une zone de sonorité intestinale. L'enfant se présente par le sommet, le dos est à gauche. Les bruits du cœur fœtal ainsi que le ballonnement fœtal sont nettement perçus.

Le 8 juin 1918, la femme rentre au dortoir de la Maternité de Lariboisière.

Le 14 juin : Actuellement le ventre est étalé, il est volumineux, en disproportion avec l'âge de la grossesse. La circonférence de l'abdomen à l'ombilic est de 100 centimètres.

La paroi abdominale est épaisse et l'utérus très mou, de sorte qu'il est difficile par la palpation seule de délimiter l'utérus. On croit sentir le fond de l'utérus à 25 cm. au-dessus de la symphyse pubienne. Par la *percussion* en dehors de contraction utérine on trouve une matité s'étendant à 25 centimètres au-dessus de la symphyse.

Latéralement à gauche de la ligne blanche l'étendue de la matité est de 9 centimètres ; à droite, il existe une matité allant à 15 centimètres de la ligne blanche. Tout autour de la matité utérine on trouve une sonorité intestinale.

La tête est engagée, le dos est à gauche. Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus. Au toucher, le col est mou.

En dépit du volume de l'abdomen il ne s'agit donc pas d'hydramnios, l'œuf paraît normal.

Observation VII

Grossesse dissimulée de 8 mois. Erreur de diagnostic par suite d'examen obstétrical incomplet.

Une jeune fille de 18 ans, s'étant absentée de chez ses parents pour faire un voyage à l'étranger où elle est restée un an, rentre en France après une suspension des règles de 7 mois. Elle dissimule sa grossesse, n'en dit pas un mot à ses parents, chez lesquels elle vit, se serrant dans son corset tant qu'il est possible de le faire. Elle n'a pas sensiblement changé d'aspect, a bon appétit, se porte bien, quand un jour elle est prise de douleurs abdominales. La mère croit à une indigestion, la maintient au lit et lui fait prendre une purgation. Les douleurs continuent, augmentent d'intensité. La jeune fille n'a toujours parlé de rien. La mère affolée fait venir un médecin qui de ce fait qu'il avait affaire à une jeune fille qui n'accuse aucun trouble menstruel malgré, le volume de l'abdomen n'a pas l'idée de lui faire un toucher. Trompé par la mère et la fille qui retiennent son attention du côté de l'intestin, après un palper sommaire, la malade accusant des douleurs très vives à la moindre tentative d'exploration abdominale par le palper, le médecin conclut à un embarras gastrique avec menace de péritonite. Une demi-heure après son départ, à la stupéfaction de la mère, la jeune fille accouche d'une fille de 2 kg. 400 se présentant par le siège. Une sage-femme appelée d'urgence donne des soins nécessaires.

Le diagnostic de gestation aurait pu être porté si le médecin n'avait pas omis le toucher et la percussion.

Observation VIII.

Fausse grossesse.

Mme B..., âgée de 41 ans, III pare, vient consulter à la Maternité de l'hôpital Lariboisière le 13 octobre 1916.

De ses gestations antérieures elle a eu au premier accouchement deux enfants à terme, vivants. 16 ans après elle a fait un avortement de deux mois.

Bien réglée, sauf les 4 derniers mois pendant lesquels elle fut réglée toutes les 5-6 semaines.

La femme voyant cette irrégularité des menstrues se croit enceinte de 4 mois.

A l'examen il n'existe pas d'augmentation de l'abdomen.

La *percussion* donne de la sonorité de toute la région abdominale.

La palpation est douloureuse. Au toucher combiné au palper, l'utérus paraît inégal irrégulier, bosselé, un peu dur; il est légèrement augmenté de volume. Le col est dur.

Observation IX.

Fausse grossesse chez une femme atteinte de métrite hémorragique.

Mme C..., âgée de 25 ans, II pare vient consulter le 31 juin 1917 à la Maternité de Lariboisière parce qu'elle a des métrorragies.

Elle a fait une fausse couche il y a un an.

Habituellement bien réglée, la nommée C... a eu ses dernières règles du 15 au 18 avril 1917. N'ayant pas eu ses règles au mois de mai la femme se croit enceinte.

Le 31 juin elle a une nouvelle métrorragie assez abondante qui la décide à venir à la Maternité de Lariboisière consulter M. Devraigne. A l'examen l'abdomen, ne paraît pas aug-

menté de volume. Le toucher permet de constater que les dimensions de l'utérus ne sont pas augmentées.

La percussion donne une sonorité intestinale dans toute la région abdominale. La femme est admise au dortoir. La métrorragie est arrêtée par le repos, injections chaudes et lavements laudanisés. La malade quitte la Maternité au bout de 10 jours.

La malade a une nouvelle hémorragie le 30 juillet; elle est de nouveau admise à l'hôpital.

L'abdomen n'est pas augmenté de volume. Par le palper combiné au toucher M. Devraigne constate que l'utérus est légèrement hypertrophié; le col est fermé, non ramolli. La percussion donne de la sonorité partout. La métrorragie est arrêtée par le traitement habituel : repos au lit, injections chaudes et lavements laudanisés. La malade quitte l'hôpital le 17 août en bonne santé.

10 jours après, c'est-à-dire le 27 août, elle revient à l'hôpital par suite d'une nouvelle métrorragie. L'examen de la femme donne les mêmes renseignements que la fois précédente : l'utérus est petit au toucher, non perceptible au palper seul. La percussion ne donne que de la sonorité partout.

Tous ces examens successifs montrent que la femme n'est pas enceinte, mais qu'elle est atteinte d'une métrite hémorragique.

Observation X.

Grossesse nerveuse.

Mme S..., âgée de 24 ans, 1^e pare, vient consulter à la Maternité de Lariboisière le 28 septembre 1917, parce qu'elle se croit enceinte. Habituellement bien réglée, elle a eu ses dernières règles le 10 septembre. A l'inspection on ne trouve rien de particulier. L'utérus n'est pas perceptible à la palpation. La *percussion* donne une sonorité intestinale. Par le toucher combiné au palper on constate que l'utérus est légè-

rement augmenté de volume. On émet la possibilité d'une grossesse. La nommée S... revient le 20 mars. Ses règles étant supprimées depuis le 10 septembre 1917, elle se croit enceinte de 5 mois. Elle dit que son ventre grossissait et qu'elle sentait les mouvements fœtaux. A l'examen il n'existe aucun signe objectif de la grossesse, ni augmentation de l'abdomen, ni colostrum.

La *percussion* permet de constater la sonorité intestinale de toute la région sous-ombilicale, ce qui fait penser à une grossesse nerveuse. Par le toucher combiné au palper, M. Devraigne trouve un utérus petit, dur, à col normal.

Donc, il n'y a pas de grossesse.

Observation XI.

Grossesse nerveuse.

Mme L..., âgée de 26 ans, II^e pare, entre le 13 mars 1917 à la Maternité de Lariboisière pour une fausse-couche allant se faire.

Le premier accouchement normal, à terme, garçon vivant. La femme est réglée très irrégulièrement : toutes les six ou sept semaines. Elle a eu ses dernières règles du 15 au 20 septembre. Se croyant enceinte, elle consulte le 1^{er} mars 1917 un médecin en ville qui fait le diagnostic d'une grossesse de 5 mois environ. 12 jours après, c'est-à-dire le 13 mars, la femme ayant ressenti de violentes douleurs dans la région lombo-sacrée, accompagnées d'un écoulement sanguin assez considérable, est amenée d'urgence à l'hôpital pour une fausse-couche allant se faire.

A l'examen on constate par la *percussion* de la région abdominale la sonorité des régions sus et sous-ombilicales. L'utérus n'est pas perceptible au palper; il paraît petit au toucher combiné au palper, le col est normal, il est fermé et dur.

Cet examen rapide a permis d'éliminer d'emblée le diagnostic d'une grossesse ou d'une fausse-couche fait en ville.

Observation XII.

Grossesse nerveuse.

Mme C. . . , âgée de 49 ans, III pare, entre à la Maternité de l'hôpital Lariboisière le 9 octobre 1916.

Ses deux accouchements ont été normaux, à terme, enfants vivants. Réglée irrégulièrement, elle a eu ses dernières règles du 1^{er} au 6 octobre 1915; son ventre agrossi progressivement. A l'examen on trouve un abdomen très volumineux à la paroi abdominale épaisse et œdématiée. Il existe également de l'œdème au niveau des membres inférieurs.

La palpation de l'abdomen est difficile étant donné l'œdème de la paroi abdominale. Il est impossible de délimiter le fond de l'utérus. La *percussion* permet de constater une sonorité de tout l'abdomen. Par le toucher combiné au palper, on sent le col dur, non ramolli, l'utérus paraît normal, vide, non augmenté de volume.

Il n'existe pas de bruits de cœur fœtal.

Les urines sont normales, ne contiennent pas d'albumine.

Il s'agit ici d'une femme à la ménopause qui se croyait enceinte et de peur de l'être a éprouvé tous les symptômes de la grossesse.

Observation XIII.

Ascite. Pas de grossesse.

Mme S. . . , âgée de 28 ans, II pare.

Réglée pour la première fois à l'âge de 18 ans, irrégulièrement. A. P. 3 crises de rhumatisme articulaire.

Son premier accouchement fut normal, elle accoucha le 9 juillet 1917 d'une fille vivante, à terme.

La femme a eu ses dernières règles le 30 avril. Voyant la suspension des menstrues depuis près de deux mois et remarquant que son ventre augmentait considérablement de volume elle se croit enceinte et vient consulter à la Maternité de Lari-boisière le 27 juin 1918.

A l'inspection, l'abdomen apparaît augmenté de volume comme s'il s'agissait d'une grossesse de cinq mois; il est étalé, la cicatrice ombilicale est dépliée. A la *percussion* de l'abdomen, la femme étant étendue sur le dos, on trouve une matité s'arrêtant à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

Il existe également une matité dans les flancs et dans les hypochondres. Au contraire, au niveau de l'épigastre ainsi que dans la région périombilicale, la *percussion* donne une sonorité descendant à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. La *percussion* de l'abdomen, la femme étant couchée sur le côté droit, montre que la matité est limitée à la fosse iliaque droite, tout le côté gauche de l'abdomen est sonore. Au contraire, si la femme se couche sur le côté gauche, le liquide se déplace et le côté gauche seul devient mat. Lorsqu'on fait asseoir la femme, la matité remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. A la *percussion* combinée à la palpation on perçoit nettement la sensation de flot.

A la palpation la paroi abdominale est flasque; l'utérus n'est pas perceptible.

Au toucher combiné au palper le col est normal, on ne sent pas le fond de l'utérus qui n'apparaît pas augmenté de volume, les bords ne sont pas évasés.

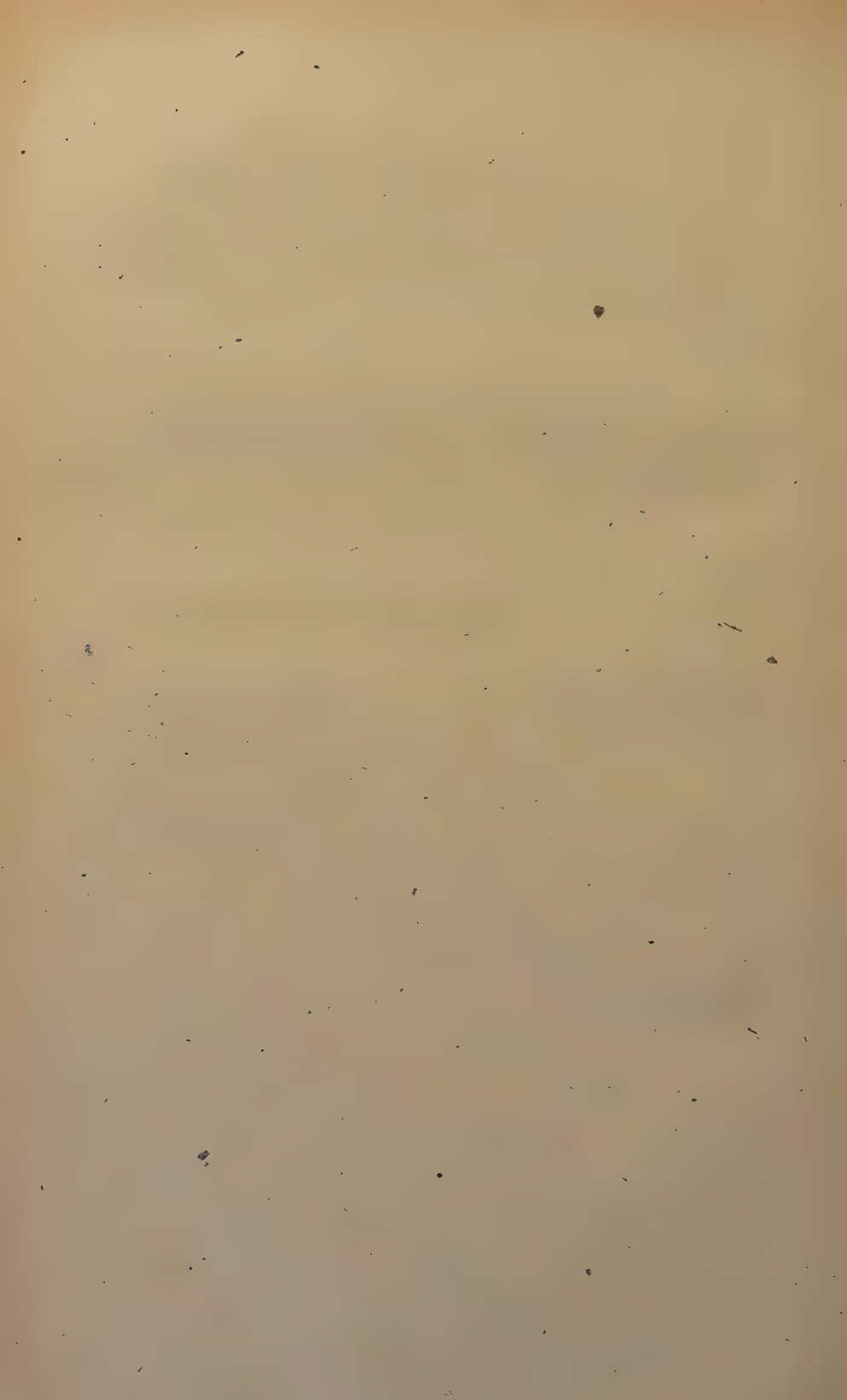
Lorsqu'on passe à l'examen de l'appareil circulatoire on est frappé par la cyanose du facies, surtout prononcée au niveau des pommettes et du nez. La pointe du cœur bat dans le 5^e espace intercostal gauche en dehors de la ligne mamelonnaire. Le frémissement cataire, l'élargissement de la matité cardiaque dans le sens transversal, le souffle présystolique et le dédoublement du second bruit font porter le diagnostic de

rétrécissement mitral. Le pouls est petit, inégal. La pression artérielle est 12. Le foie est hypertrophié, surtout aux dépens du lobe gauche. La rate est normale.

Appareil respiratoire. — Matité à la base droite avec abolition du murmure vésiculaire. La base gauche est submate, on entend des râles sous-crépitaux. Les membres inférieurs sont le siège de l'œdème remontant au tiers moyen des jambes.

Les urines contiennent une légère quantité d'albumine.

Il ne s'agit nullement d'une gestation, l'augmentation de l'abdomen est due à une ascite vraisemblablement d'origine cardiaque.



CONCLUSIONS.

La percussion, d'un usage courant en Médecine et en Chirurgie, n'a pas en Obstétrique la place qu'elle mérite. Elle a le droit d'être citée dans l'examen obstétrical, entre le palper et l'auscultation. Elle complète toujours utilement le palper ; elle le supplée quand il est défail-
lant.

Elle doit surtout délimiter la zone de matité utérine par opposition avec la sonorité intestinale. Parfois elle peut aussi renseigner sur le contenu utérin (sensation de flot dans l'hydramnios, gaz dans la physométrie).

Les causes d'erreur qu'on peut lui reprocher venant de l'intestin et de la vessie ne doivent pas exister, pas plus que pour le palper, si l'on assure avant l'examen obstétrical la vacuité des réservoirs.

Elle facilite les diagnostics de grossesse au début, de constipation chez la femme enceinte, de rétroversion de l'utérus gravide, de môle hydatiforme, de grossesse

gémellaire, d'hydramnios, d'ascite, de kyste de l'ovaire, de fœtus mort, de physométrie, de rupture utérine, de troubles d'origine intestinale dans les suites des couches, de grossesse dissimulée et de grossesse dite nerveuse.

Vu : le Président,

LEJARS

Vu : le Doyen,

H. ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Auvard. — *Traité pratique d'accouchements*. 1891.
Bar. — *La pratique de l'art des accouchements*. 1914.
Budin. — *Clinique obstétricale*. 1889.
Budin. — *Femmes en couches et nouveau-nés*. 1897.
Budin et Demelin. — *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement*. 1904.
Gazeaux. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*. 1853.
Demelin. — *Revue et mémoires d'obstétrique*. 1900.
Depaul. — *Leçons de clinique obstétricale*. 1872-1876.
Dubrisay et Jeannin. — *Précis d'accouchements*. 1910.
Faure et Siredey. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*. 1911.
Fruhinsholz. — *Pratique médico-chirurgicale*. 1907.
Le Dentu et Delbet. — *Nouveau traité de chirurgie, XXXIV gynécologie*. 1916.
Pinard. — *Traité du palper abdominal*. 1889.
Pozzi. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*. 1907.
Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Précis d'obstétrique*. 1911.
Tarnier et Chantreuil. — *Traité de l'art des accouchements*. 1888.

COULOMMIERS

IMP. DESSAINT ET C^{ie}
